Nous cherchons à protéger des vies humaines

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2009

Québec

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2009

Le contenu de la présente publication a été rédigé
par le Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 418 643-1845
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée
sur le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :
www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2010
ISBN 978-2-550-58147-5 (imprimé)
ISBN 978-2-550-58148-2 (PDF)
ISSN 1913-245X (imprimé)
ISSN 1913-2468 (en ligne)

© Gouvernement du Québec, 2010

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Monsieur Yvon Vallieres
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement, bureau 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2009.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le ministre de la Sécurité publique,

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Jacques P. Dupuis

Québec, avril 2010

Monsieur Jacques P. Dupuis
Ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2009, conformément à l'article 29 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données à jour au 27 janvier 2010.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Le coroner en chef
Dr Louise Nolet

Québec, mars 2010

TABLE DES MATIÈRES

Les investigations 7

Les décès signalés aux coroners 7

Délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 8

Les copies de rapports transmises sur demande 10

Les autopsies et les examens de laboratoire 10

Quelques rapports d'investigation déposés en 2009 11

Les enquêtes 13

L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 13

Les enquêtes en cours au 31 décembre 2009 15

Les rapports d'enquête déposés en 2009 16

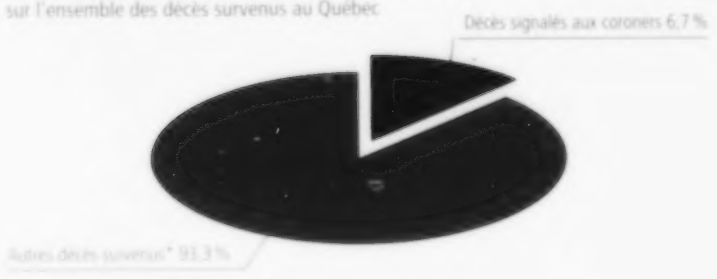
Les recommandations et leur traitement 18

LES INVESTIGATIONS

LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

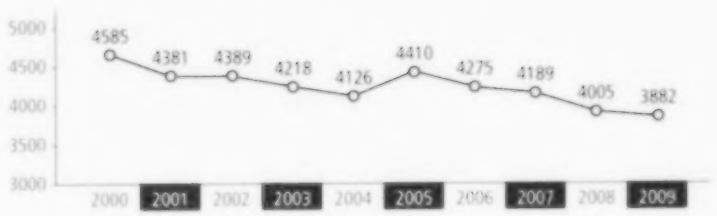
En 2009, 3 882 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Ce nombre est le plus bas depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès en 1986. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 6,7 % de tous les décès survenus au Québec en 2009. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (73,7 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2009 sur l'ensemble des décès survenus au Québec

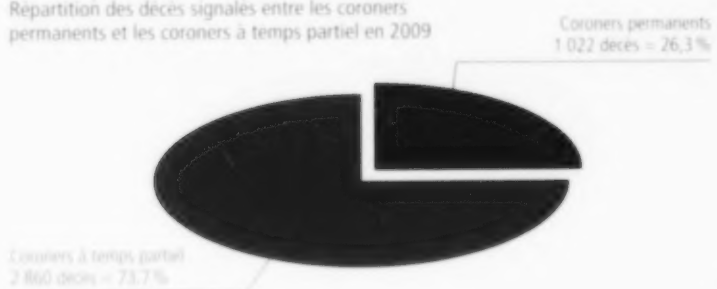


* Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2006 à 2008

Évolution des décès signalés aux coroners de 2000 à 2009



Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel en 2009



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2009. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes représentent la plus grande part (66,1 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (22,0 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (9,4 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,3 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2009

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes	2 567	66,1
Causes médicales indéterminées	852	22,0
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	366	9,4
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	10	0,3
Autres raisons ou raison inconnue	87	2,2
Total des décès signalés	3 882	100,0

Sauf dans la plupart des cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le signalement d'un décès au coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef. Sur la base des investigations amorcées de 2006 à 2008, le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est d'environ neuf mois.

Sur les 3 882 décès signalés en 2009, 1 049 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 31 décembre 2009. Il restait donc, à cette même date, 2 833 décès en cours d'investigation, soit 73 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation concernant les décès signalés en 2009

ÉTAT DES RAPPORTS AU 31 DÉCEMBRE 2009	NOMBRE	%
Rapports terminés	1 049	27,0
Rapports non terminés	2 833	73,0
Total des décès signalés	3 882	100,0

Les investigations conclues en 2009

Un total de 3 791 investigations ont été conclues en 2009, dont 2 610 (68,8 %) par des coroners à temps partiel et 1 181 (31,2 %) par des coroners à temps plein. Le tableau suivant fait état de la ventilation de ces rapports selon le type de décès. Puisque ces rapports concernent des décès survenus au cours d'années différentes, il ne serait pas utile d'en faire une analyse épidémiologique plus détaillée.

Investigations conclues en 2009 selon le type de décès

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE	%
Décès de cause naturelle	1 309*	34,5
Traumatisme non intentionnel	1 229	32,4
Suicide	1 056	27,9
Homicide	95	2,5
Décès traumatique d'intention indéterminée	69	1,8
Décès de cause indéterminée	33	0,9
Total des investigations conclues	**3 791**	**100,0**

*incluant 364 autres de corps

LES COPIES DE RAPPORTS TRANSMISES SUR DEMANDE

En 2009, le Bureau du coroner a transmis 11 701 copies de rapports de coroners demandées par les corps policiers, les hôpitaux, les familles, les médias et par les tiers intéressés.

C'est une baisse de 3 % en comparaison des 12 139 rapports transmis sur demande en 2008.

LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2009.

Des autopsies ont été ordonnées pour 40,2 % des décès signalés aux coroners, ce qui représente un total de 1 562 autopsies. Ces autopsies sont pratiquées soit dans des hôpitaux, soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

Les analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données provisoires pour 2009 montrent que de tels examens sont ordonnés par les coroners pour la moitié des décès signalés. Les analyses toxicologiques ordonnées par les coroners sont pratiquées soit au Centre de toxicologie du Québec (INSPQ), soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (3,5 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner

EXPERTISES	NOMBRE	%*
Autopsie	1 562	40,2
Toxicologie	1 943	50,1
Autres expertises	134	3,5

* Les pourcentages sont calculés sur les 3 882 décès signalés en 2009.

QUELQUES RAPPORTS
D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2009

Agression sur une personne âgée

Une femme de 67 ans décède à la suite de l'agression dont elle a été victime alors qu'elle attendait l'autobus dans le quartier de Montréal-Nord.

En fin de soirée, la dame est attaquée par des jeunes qui cherchent à lui voler son sac à main. Une femme, témoin de l'agression, appelle immédiatement les policiers et se rend auprès de la victime. Celle-ci est au sol, toujours consciente. La dame est transportée à l'hôpital. Des examens révèlent une sévère hémorragie intraparenchymateuse avec un déplacement de la ligne médiane. Les dommages au cerveau sont trop importants pour qu'une chirurgie soit tentée. Son état se détériore et son décès est constaté près de deux jours plus tard.

Pour assurer aux personnes âgées un environnement sécuritaire, le SPVM a mis en œuvre un projet de distribution gratuite d'un cache-monnaie, une pochette à compartiments permettant de transporter leur argent et leurs papiers en toute discrétion, et donc de les protéger des agressions liées aux vols de sac à main. Après deux ans d'utilisation, un poste de quartier de Montréal a noté une baisse significative de 50 % des crimes contre les aînés. Le coroner considère que des solutions efficaces comme celle-ci doivent être multipliées.

Les dangers de noyade chez les personnes épileptiques

Une jeune femme décède à la suite d'une asphyxie par noyade, ayant eu une crise d'épilepsie dans son bain.

Depuis l'âge de 13 ans, la jeune femme est diagnostiquée épileptique. Elle a été mise sous médication anticonvulsive à l'âge de 15 ans mais, considérant cette dernière peu efficace, elle en cesse l'usage à 18 ans. Habituellement, elle perçoit une aura avant le début de ses crises convulsives, ce qui l'avertit des événements à venir. Le matin du drame, le conjoint de la victime la trouve allongée dans son bain, immergée sous l'eau. Elle est conduite à l'urgence où son décès est constaté. La victime souffrait d'épilepsie de type complexe, soit une épilepsie avec un début focal et une généralisation associée à une perte de conscience. Elle avait été avisée du risque de prendre un bain avec son problème d'épilepsie, mais préférait prendre ce risque. À quelques reprises, elle avait perçu une aura qui lui avait laissé le temps nécessaire pour sortir de son bain avant le début de sa crise. Par contre, une crise d'épilepsie n'est pas précédée en tout temps d'une aura, ce qui ne laisse pas toujours le temps à la personne de s'ajuster.

Le coroner recommande au Collège des médecins du Québec d'informer davantage les médecins du risque d'asphyxie par noyade lorsqu'une personne avec un diagnostic d'épilepsie prend un bain. Il recommande aussi à l'Association québécoise de l'épilepsie et à Épilepsie Canada de sensibiliser les patients présentant de l'épilepsie à l'importance d'une prise régulière et adéquate de leur médication anticonvulsive.

L'importance de bien renseigner les nouveaux arrivants

Un homme de 22 ans perd la vie à la suite d'une péritonite aiguë purulente secondaire à une maladie de Crohn avec fistules entéro-mésentériques et collections abcédées intra-mésentériques.

L'homme, d'origine mexicaine, s'installe avec sa famille au Québec. Il présente des symptômes digestifs qu'il a déjà éprouvés dans le passé et rencontre à deux reprises des médecins dans une clinique médicale du quartier. Ces derniers ne notent rien de particulier. Après avoir participé à une fête où il aurait fait quelques excès alimentaires, l'homme commence à se sentir moins bien. Il vomit à plusieurs reprises et son état se détériore rapidement. Les secours sont appelés, mais malgré les manoeuvres d'usage, on ne peut que constater son décès. À la suite d'une rencontre avec la famille, le coroner constate que les nouveaux arrivants ignoraient tout du système de santé québécois. La famille n'avait pas entendu parler du Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) du Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, qui a le mandat de s'occuper des soins de santé et des services sociaux pour cette clientèle. Par ailleurs, la famille ne connaissait pas l'existence du 9-1-1 et ne savait pas comment procéder pour obtenir des secours rapides.

Le coroner recommande à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal d'évaluer l'accès et l'adaptation des services qu'elle offre aux nouveaux arrivants. Il recommande aussi à l'Agence qu'elle fasse connaître clairement la nature et la portée du mandat du PRAIDA.

Les dangers liés aux véhicules âgés de 10 ans et plus

Une femme de 57 ans, agricultrice, qui a l'habitude de se déplacer sur son véhicule tout-terrain (VTT), décide de traverser le chemin en provenance de chez elle. Au même moment, un jeune homme de 17 ans arrive sur cette route, au volant d'un véhicule datant de 1994. Le conducteur freine, mais ne peut éviter l'impact. La femme, qui ne portait pas de casque, est projetée dans le fossé et décède sur le coup. L'investigation a démontré que l'automobile que conduisait le jeune homme était en mauvaise condition et que, de manière générale, les défectuosités mécaniques des véhicules âgés contribuent à la survenance d'accidents fatals en présence d'autres facteurs concomitants.

Le coroner recommande que la Société de l'assurance automobile du Québec instaure un programme d'inspection mécanique obligatoire au renouvellement du certificat d'immatriculation de tout véhicule de promenade datant de plus de 10 ans. Il recommande également que la Table québécoise sur la sécurité routière formule éventuellement des recommandations pour l'élaboration d'un programme d'inspection mécanique obligatoire de tout véhicule de promenade âgé de plus de 10 ans.

Noyade lors d'une sortie scolaire

Un enfant de 6 ans participe à une journée de baignade organisée par le service de garde de son école. Quatre jeunes femmes accompagnent le groupe formé de 43 enfants et trois sauveteurs assurent la surveillance de la plage. Personne n'est informé que l'enfant nécessite une surveillance particulière compte tenu des limites de ses habiletés pour la nage. L'enfant étant introuvable, une monitrice en informe la responsable du groupe. L'enfant est localisé par une sauveteuse au fond de l'eau, près de la bouée centrale, la partie la plus profonde du lac. Il est transporté par ambulance au Centre hospitalier de Saint-Eustache où la mort cérébrale est constatée.

Le coroner souligne que les accompagnatrices ne connaissaient pas suffisamment bien les aptitudes à la nage des enfants et que l'eau du bassin manquait de limpidité. Il dénote aussi que les ratios accompagnateurs-enfants déterminés par l'Association des camps du Québec n'ont pas été respectés. Le coroner recommande de mettre l'accent sur l'encadrement des enfants, d'instaurer des mesures d'urgence et d'améliorer le partage des renseignements entre les parents et les accompagnateurs. Il recommande au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport d'inscrire au programme scolaire des cours de natation dès la maternelle afin que tous les enfants, avant 7 ans, réussissent la norme « nager pour survivre » de la Société de sauvetage.

Remise en question du recours à la chirurgie pour prévenir les otites à répétition

Un garçon de 7 ans décède d'un choc hémorragique secondaire à une myringotomie bilatérale avec insertion de tubes au niveau de chaque tympan, accompagnée d'une adéno-amygdalectomie bilatérale, au Centre hospitalier de la Sagamie au Saguenay.

L'enfant se fait opérer en chirurgie d'un jour et reçoit son congé en soirée. Le lendemain, il crache du sang et il est admis à l'urgence. Il est réopéré pour arrêter les saignements et reçoit des transfusions. Quelques jours plus tard, la santé de l'enfant se détériore. Une nuit, il se réveille subitement, une grande quantité de sang gicle hors de sa bouche et il fait un arrêt cardio-respiratoire. Son décès est constaté à la suite d'intenses manoeuvres de réanimation.

Le coroner s'interroge sur la nécessité de la chirurgie pour prévenir les otites à répétition. Il recommande à l'Association des pédiatres du Québec ainsi qu'au Collège québécois des médecins de famille de réfléchir à la place et au rôle du pédiatre dans le suivi des patients souffrant de problèmes oto-rhino-laryngologiques chroniques et aux éléments à consigner au dossier du patient qui s'apprête à être opéré. Il recommande également à l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux d'informer ses membres que tous les établissements de soins disposant d'un chariot de réanimation devraient équiper celui-ci de tout ce qui est requis pour une intubation difficile et prévoient un plan B, tel qu'il est établi par les médecins appelés à utiliser le chariot. De plus, il recommande au Centre hospitalier de la Sagamie de réviser les instructions remises aux parents après que leur enfant a subi une chirurgie pour adéno-amygdalectomie, en particulier celles à propos d'un saignement persistant.

Renversement d'un bouteur lors d'un cours de perfectionnement

Un homme de 56 ans décède par noyade lors du renversement du bouteur qu'il conduit sur le site de pratique du Centre national de conduite d'engins de chantier.

L'homme amène ses étudiants sur le site de pratique pour leur enseigner la technique de remblayage et de compaction. Lorsqu'il avance le bouteur vers l'excavation, le sol s'affaisse. Le bouteur glisse au fond, se renverse et est submergé par l'eau et la boue. Trois causes seraient à l'origine de cet accident mortel : la circulation du bouteur près de l'excavation sur un sol instable, la technique de remblayage et de compaction et la supervision déficiente de la technique qui contrevenait aux recommandations du fabricant du boteur et qui ne figurait pas aux documents didactiques du Centre de formation.

Le coroner recommande à la Commission scolaire des Navigateurs qu'elle s'assure que son Centre national de conduite d'engins de chantier prend les mesures nécessaires afin que les enseignants respectent le contenu du matériel didactique et qu'ils connaissent et démontrent des techniques sécuritaires aux étudiants.

LES ENQUÊTES

L'ÉVOLUTION DES ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2000	12	22
2001	11	12
2002	24	32
2003	9	10
2004	2	2
2005	3	4
2006	4	16
2007	5	5
2008	7	7
2009	4	7
Total	81	117

En 2009, le coroner en chef a ordonné quatre enquêtes publiques. Cinq enquêtes ont aussi été conclues en 2009. Quatre d'entre elles avaient été ordonnées au cours des années précédentes. Au 31 décembre 2009, huit enquêtes étaient en cours. Le délai moyen entre l'ordonnance de l'enquête et le dépôt du rapport, pour les cinq enquêtes conclues en 2009, est de sept mois.

LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2009

NOM/PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Forgeot, Cyril Accident de voiture (2003-06-14)	29 septembre 2003	M[e] Catherine Rudel-Tessier	À déterminer
Berniquez, Michel Arythmie cardiaque fatale après arrestation par des policiers (2003-06-28)	28 septembre 2004	M[e] Andrée Kronström	Montréal
Bennis, Mohamed-Anas Altercation avec les policiers (2005-12-01)	4 juillet 2008[1]	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Montréal
Un, Sitha Nécrose du pied droit nécessitant une amputation (2008-05-02)	18 septembre 2008	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Laval
Villanueva, Fredy Alberto Blessures causées par balles (2008-08-09)	1[er] décembre 2008	M. le juge André Perreault	Palais de justice de Montréal
Lamontagne, Denise Trouvée dans un congélateur (2007-09-01)	26 mars 2009	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Longueuil
Charpentier, Yanick Altercation entre deux jeunes (2007-11-12)	22 juin 2009	M[e] Andrée Kronström	Palais de justice de Laval
Benkiran, Rajaa Piéton et déneigeuse (2008-12-15)	10 février 2009	M[e] Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Laval
Pinet, Jean-Paul Piéton et déneigeuse (2009-02-03)	10 février 2009	M[e] Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Laval
Rivard Lanouette, Lucie Piétonne et déneigeuse (2009-02-03)	10 février 2009	M[e] Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Laval
St-Onge, Solange Piétonne et déneigeuse (2009-02-03)	10 février 2009	M[e] Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Laval

[1] Poursuites criminelles en cours, enquête suspendue
[2] Enquêtes contestées devant les tribunaux

LES RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2009

Des soins appropriés pour les patients dans les salles d'attente

Un homme de 78 ans se présente à la Clinique médicale Viau sans rendez-vous. La réceptionniste lui dit de s'asseoir dans la salle d'attente. Après quelques minutes, des patients assis dans la salle s'aperçoivent que l'homme n'est pas bien. Un médecin se rend sans attendre auprès du patient et conclut qu'il est décédé. Il ne tente aucune manoeuvre de réanimation et demande à la réceptionniste d'appeler le 9-1-1 pour le constat de décès. L'homme est laissé sur sa chaise. Les ambulanciers arrivent sur les lieux, ils le transportent à l'écart et le branchent sur le moniteur. Ils mettent fin au protocole à la demande du médecin de la clinique.

Selon le coroner, le patient ne présentait pas les critères d'une mort évidente et le médecin de la clinique de même que les infirmières auxiliaires auraient dû entreprendre des manoeuvres de réanimation. Le coroner recommande que les administrateurs de la Clinique médicale Viau améliorent la surveillance des patients et la gestion de la salle d'attente en instaurant un processus de triage des patients et en formant le personnel aux manoeuvres de réanimation. Il recommande aussi au Collège des médecins du Québec de rédiger un guide de bonnes pratiques afin d'aider les administrateurs des cliniques privées à offrir un environnement sécuritaire à leurs patients.

Le rôle des policiers dans le dégrisement des personnes intoxiquées

Un homme est arrêté pour ivresse sur la voie publique. Les policiers communiquent avec la Maison de Lauberivière qui accueille des personnes intoxiquées pour dégrisement. La responsable refuse de recevoir l'homme, car selon les propos des policiers, celui-ci lui semble trop intoxiqué. Elle leur conseille de l'emmener directement à l'Hôpital Saint-François d'Assise. Les policiers partent donc en direction de l'hôpital, mais comme l'homme est capable de discuter et de se déplacer seul, ils décident de l'amener au poste de police pour qu'il dégrise. Vers 1 h du matin, l'homme est trouvé inanimé dans sa cellule. Une autopsie et des analyses toxicologiques ont établi que celui-ci a succombé à une intoxication à l'alcool et aux drogues.

L'enquête a mis en lumière l'importance de faire preuve de vigilance lorsqu'il s'agit de confier à des policiers le soin de décider si une personne visiblement intoxiquée a besoin de soins ou de surveillance. Le coroner est d'avis que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale devra évaluer l'impact de l'absence de personnel infirmier à la Maison de Lauberivière. De plus, le coroner recommande au Service de police de la Ville de Québec d'informer l'ensemble de ses policiers des règles à suivre lors de l'interception d'une personne intoxiquée et de s'assurer qu'ils reçoivent une formation minimale en matière d'intoxication aux drogues et à l'alcool.

Les limites des soins contre la maladie

Une jeune femme de 14 ans décède d'une défaillance pulmonaire dans un contexte d'infection et d'anémie aplasique avec syndrome d'auto-immunité multiple.

Dès ses premiers mois de vie, les médecins lui ont diagnostiqué un syndrome d'immunodéficience sévère combinée. À 10 mois, elle subit une greffe de moelle osseuse à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Au bout de quelques années, le système immunitaire de la jeune femme montre des signes de défaillance. Le seul traitement possible est une nouvelle greffe. À la suite de celle-ci, la jeune femme a des saignements de plus en plus importants et les transfusions de plaquettes ne sont plus efficaces. La greffe a échoué. Son état précaire se détériore très rapidement en raison d'une défaillance touchant maintenant plusieurs organes. Peu de temps après, la jeune femme décède. L'enquête a le mérite d'avoir permis de mieux comprendre les raisons pour lesquelles la jeune femme n'a pas réussi à gagner sa bataille contre la maladie. Le coroner est d'avis que la leçon à tirer de ces événements est qu'il est essentiel de prévoir des communications régulières entre l'équipe traitante et les familles.

La problématique des secours en eaux froides

Une femme décède d'une asphyxie par noyade après que son véhicule se soit accidentellement retrouvé dans l'eau glaciale de la rivière Richelieu.

La femme est au volant de son automobile et se dirige vers sa résidence. Pour une raison inconnue, elle ne fait pas son arrêt obligatoire et s'engage plutôt dans la descente du traversier près de chez elle, sans jamais freiner. Son véhicule plonge dans la rivière Richelieu. À cause de la température glaciale de l'eau et de la noirceur, les secouristes ne parviennent pas à extraire la victime de l'habitacle de son automobile. Ce sont des plongeurs de la Sûreté du Québec qui réussissent à la sortir quelques heures plus tard. L'enquête publique a mis en lumière l'effet dangereux de l'eau glaciale sur le corps humain ainsi que la grande difficulté de porter secours aux victimes dans un tel contexte. À ce sujet, le coroner recommande à l'École nationale de police du Québec, à l'École nationale des pompiers du Québec et à la Sûreté du Québec de diffuser auprès de leurs membres la vidéo « Camp de survie en eau froide » afin qu'ils soient informés sur la façon de faire une intervention urgente. Il recommande également à la Sûreté du Québec d'équiper ses véhicules automobiles d'au moins un gilet de flottaison.

L'importance de la communication aux soins intensifs

Au volant de la motocyclette d'un ami, un homme de 50 ans heurte un chien qui est apparu soudainement devant lui. Il est projeté devant la motocyclette et cette dernière retombe sur lui.

Conduit au Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska par un ami, il est vite pris en main par le personnel de l'urgence. En peu de temps, il passe tous les examens que nécessite son état et un chirurgien le prend en charge. Le patient subit alors une chirurgie de la rate qui se déroule parfaitement. Il est par la suite conduit au service des soins intensifs. Au cours des heures suivantes, il se plaint de violentes douleurs mais l'infirmière responsable ne communique pas avec le chirurgien au moment opportun. Durant la nuit, vers 4 h, l'homme retourne en salle d'opération et son pronostic de survie est à peu près nul. Malgré le succès de la première chirurgie, un saignement abdominal s'est manifesté graduellement à la suite de celle-ci, mais le personnel médical ne l'a pas réalisé. Ce genre de saignement après une chirurgie de la rate ne se produit que dans 2 % des cas.

Le coroner recommande au Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska de revoir les règles et procédures de l'unité des soins intensifs, de faire connaître ces règles au personnel infirmier et de lui rappeler l'importance de bien transmettre toute l'information médicale au médecin traitant, afin que ce dernier puisse poser le meilleur diagnostic.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, associations, ministères ou organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2009, les coroners ont déposé 241 rapports comportant un total de 421 recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

Le présent rapport annuel des activités des coroners n'intègre pas la liste des recommandations, car elle est trop longue pour y figurer. Cependant, les recommandations des années 2001 à 2009 peuvent être consultées dans le site Web du Bureau du coroner (www.coroner.gouv.qc.ca).

Recommandations des coroners en 2009

TYPE DE DÉCÈS	TOTAL	%
Traumatisme non intentionnel	257	61,0
Cause naturelle	104	24,7
Suicide et homicide	52	12,4
Décès traumatique d'intention indéterminée	8	1,9
Total	421	100,0

Nous cherchons à protéger des vies humaines

Bureau
du coroner
Québec